

# DIABETES ASSOCIATES MEDICAL GROUP

## Cuestionario de hormonas

Nombre paciente: \_\_\_\_\_

La fecha del Nacimiento: \_\_\_\_\_

Síntomas-por favor rodea o subraya la respuesta correcta

Cualquier acné, pauta masculina anormal de crecimiento de pelo en una hembra, retención líquida, humores exagerados, agresión excesiva, la recesión de pelo de cabellera, deeping de la voz, la ampliación del clítoris, libido de aumento, el sofoco de calor, sudores de noche, la sequedad vaginal, libido baja, la incapacidad para lograr orgasmo, encogiendose de senos, las infecciones vaginales de levadura, columpios de humor, trato doloroso, la falta de menstruación, menstruo poco frecuente, menstruo más frecuente, seca piel, el seno que hincha, la ternura de seno, columpios premenstruales de humores, el alimento anhela, los calambres de menstrual, la somnolencia, la dificultad que concentra, la depresión, fatiga inexplicada, piel grasienta, sudar excesivo, el aumento en el tamaño de anillo, el aumento en el tamaño de zapato, el aumento en el tamaño de cabeza, dolores crónicos inexplicados de cabeza, lechoso descargado del seno, estímulo excesivo del pezón, la figura para lactar siguiendo entrega de un bebé, la falta o la disminución de capacidad de oler, deterioro visual, la pérdida de campo visual, visión de túnel, la náusea recurrente inexplicada y vomitando, dolor abdominal, el hipotensión, bajo El nivel de azúcar en la sangre en el no-diabético, magullar fácil, afinar de la piel, osteoporsis, herida lenta que cura, la impotencia (para machos), diarrea crónica, la dificultad para tratar hipertensión, la dificultad para tratar úlcera de estómago, pigmetation anormal de piel, anormal estira marcas, los temblores, micción excesiva, trauma anterior de cerebro, herida en la cabeza severa, consussion, la pérdida del conocimiento, el tumor cerebral, tratamiento anterior de radiación de cerebro, la cirugía anterior de cerebro, la quimioterapia anterior, la incapacidad para percibir el olor?

¿Tiene un miembro de la familia la esterilidad? -----¿Sí/no?

¿Tiene un miembro de la familia incapacidad para percibir los olores? -----¿Sí/no?

Cuánto peso le tiene gana en el pasado 1 año. -----

¿Cuánto peso ha perdido usted en el pasado 1 año? -----

¿Qué es su peso de objetivo? -----

¿Lo encuentra usted difícil a adelgazó? -----¿Sí/no?

¿Está usted en una dieta extrema de pérdida de peso? -----¿Sí/no?

¿Está usted anoréxica o bulímica? -----¿Sí/no?

¿Qué ha sido su peso más alto jamás? -----¿Sí/no?

¿Está usted bajo énfasis indebido, mental o emocional? -----¿Sí/no?

¿Ejercita usted intensamente o realiza esfuerzo físico prolongado? -----¿Sí/no?

¿Toma parte en usted los deporte organizados? -----¿Sí/no?

Indique por favor su carrera ancestral si usted puede. -----

Son usted un judío decente, Ashkanazi judío, judío marroquí, Yupik esquimal de Alaska del sudoeste. ---

-----

Para Hembras

Envejúzcase en su primer menstruo. -----

Cuán frecuente son su menstruo. -----

Cuántos menstruo le hace tiene típicamente en un año. -----

¿Aproximadamente cuántos menstruo tuvo usted en los últimos 12 meses? -----

¿Es su menstruo bastante regular? -----¿Sí/no?

¿Es su menstruo irregular? -----¿Sí/no?

Cuántos años o meses le tienen tuvo los períodos menstruales irregulares. -----

¿Fue su menstruo irregular del tiempo de su primer menstruo? -----¿Sí/no?

¿Hace a su hermana, la madre, o la tía tienen los períodos menstruales irregulares? -----¿Sí/no?

¿Ha sido diagnosticado usted con Polycystic síndrome ovárico? -----¿Sí/no?

¿Tiene usted dificultad que queda embarazada? -----¿Sí/no?

El número de embarazos. -----

¿El número de abortos? -----

¿El número de entregas? -----

¿Para usuarios de píldora anticonceptiva cuando le hizo comienzo y cuándo paró usted la píldora? -----

-----

¿La fecha de usted último período menstrual? -----

Envejezca en menopausia. -----¿

¿Qué ha sido su peso más alto de nonpregnant jamás? -----

Liste sus medicinas: -----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----